

DES

PARALYSIES FACIALES

DANS LES TUMEURS MALIGNES DE LA PAROTIDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1919

PAR

Edmond HOFFER

Né à Paris, le 22 janvier 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *président*.

DUCAMP, professeur.

EUZIÈRE, agrégé.

{ *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919

DÈS

PARALYSIES FACIALES

DANS LES TUMEURS MALIGNES DE LA PAROTIDE



UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 73

DES
PARALYSIES FACIALES
DANS LES TUMEURS MALIGNES DE LA PAROTIDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1919

PAR

Edmond HOFFER

Né à Paris, le 22 janvier 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	TÉDENAT, professeur, <i>président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		DUCAMP, professeur.		
		EUZIÈRE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*)
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✚)
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N. . .
Clinique médicale.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GÖT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O * ✚) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ✚, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✚) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ✚).	J. DELMAS (✚).	PECH * (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse

MM. TÊDENAT, professeur, <i>président</i> .	MM. EUZIERE, agrégé.
DUCAMP, professeur.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA SOEUR

A MA MÈRE

A MON ÉPOUSE

A MA SOEUR

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

E. HOFFER.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNE

Externat 1914 — Internat 1915-1917-1918

MONSIEUR LE DOCTEUR PETITCLERC

Internat 1915

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUNON

CLINIQUE MÉDICALE

Internat 1916-1917

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

HUE, CERNÉ, BATAILLE, NÉE

E. HOFFER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR

E. HOFFER.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

•

Avant l'exposé de notre étude, nous tenons à remercier tout particulièrement Monsieur le professeur Tédénat, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse et qui nous a montré toute sa bienveillance, en nous communiquant quelques observations de son service, qui nous ont permis d'entreprendre ce travail; qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Que Monsieur le docteur Jeanne, qui fut notre maître dans les Hôpitaux de Rouen, veuille bien accepter nos remerciements les plus vifs et les plus sincères pour ses conseils et son enseignement, qui nous ont été si précieux au cours de nos études.

DES

PARALYSIES FACIALES

DANS LES TUMEURS MALIGNES DE LA PAROTIDE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Tédénat, un cas de paralysie faciale, consécutive à une tumeur de parotide.

S'il est banal de constater cette complication après l'extirpation des tumeurs de cette glande, il est relativement rare de la voir au cours de l'évolution même de ces tumeurs.

En vérité, le plus souvent, dans cette région évoluent des tumeurs à allure bénigne (kystes, lipome, angiome, tumeurs mixtes) qui ne gênent en rien la fonction du facial. Or, ce n'est que lorsque la tumeur prend un caractère malin (sarcome, carcinome), que le nerf, infiltré par les tissus néoplasiques, dégénère à son tour et se paralyse.

La paralysie faciale devient alors la manifestation clinique de la malignité de la tumeur. Elle est un avertissement de premier ordre.

De même que la chute de la paupière supérieure par paralysie du moteur oculaire commun survenant inopinément, doit faire penser à la spécificité d'une méningite basilaire; de même l'hémiplégie faciale par tumeur de la parotide doit faire craindre une évolution maligne et porter un diagnostic grave.

Dans la littérature française, nous avons constaté que la plupart des auteurs, sans méconnaître ce symptôme, le signalaient sans y insister. Aucune étude complète n'a été faite.

Dans notre modeste travail, nous nous sommes efforcé de condenser les observations signalant la présence d'une paralysie faciale. Nous en avons réuni un petit nombre. Dans chacune, nous avons étudié les caractères particuliers, d'apparition et de localisation de la paralysie, de même que ses rapports avec la nature anatomo-pathologique de la tumeur.

Nous en avons déduit quelques considérations étiologiques, anatomo-pathologiques, symptomatiques et thérapeutiques. Dans ce dernier chapitre, nous avons essayé de préconiser la chirurgie esthétique de la face, tentée surtout à l'étranger. Mais il est certain que celle-ci ne prendra de l'extension que tout autant que la thérapeutique des tumeurs parotidiennes, instituée précocement, aura donné des guérisons à peu près définitives.

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES SUR LE FACIAL EXTRAPETREUX

Le facial, après son trajet intrapétreux sort par le trou stylo-mastoïdien pour pénétrer dans la loge parotidienne, au niveau de son angle postéro-supérieur.

Arrivé dans cette région, il ne s'engage pas immédiatement dans la glande, mais chemine quelques temps dans le tissu cellulaire qui sépare cette dernière de la base du crâne. On peut, de ce fait, lui distinguer deux segments : un segment extra-glandulaire et un segment intra-glandulaire.

Dans son premier segment, le tronc nerveux, long de 10 à 12 millimètres environ, se dirige obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Il croise la face externe de l'apophyse styloïde, sur laquelle il est appliqué, répondant à l'aire triangulaire que délimitent entre eux, le ventre postérieur du digastrique, le bord postérieur de la parotide et la base du crâne. Il pénètre dans la glande au niveau de son prolongement entre le digastrique et l'apophyse styloïde. Là, il croise l'artère auriculaire postérieure, à laquelle il forme souvent une boutonnière.

Dans son segment intra-glandulaire, le facial traverse presque horizontalement la parotide à 2 centimètres au-dessous de l'arcade zygomatique, se dirigeant obliquement en avant, en dehors, et un peu en bas. Dans ce trajet, il n'est que lâchement uni à la glande (Poirier).

Il se rapproche peu à peu de la surface externe de la parotide et se bifurque avant d'atteindre le bord antérieur de cette dernière.

En cours de route, il a croisé en dehors la carotide externe et la jugulaire externe. C'est là, devant la face superficielle de la veine, qu'il se divise en deux branches : la temporo-faciale et la cervico-faciale.

A son tour, la branche temporo-faciale se divise en un certain nombre de rameaux qui, en s'épanouissant pour se rendre aux diverses régions de la face auxquels ils sont destinés, élèvent en deux plans ordinairement distincts, la portion antérieure de la parotide. Ces rameaux s'unissent par des anastomoses verticales. Ils reçoivent aussi des filets anastomotiques du nerf auriculo-temporal. L'ensemble constitue une sorte de plexus : le plexus parotidien. La branche cervico-faciale ne prend à sa formation qu'une part toujours très minime, souvent même nulle.

Ce plexus a une situation variable ; il est le plus souvent situé dans l'épaisseur de la glande, isolé alors des lobules glandulaires par une nappe celluleuse qui permet de diviser, sans trop de difficulté, la partie antérieure de la glande en deux plans. Parfois, il est sous-glandulaire et s'applique à l'aponévrose massétérine.

Les rameaux terminaux de ce plexus sont temporaux, frontaux, palpébraux, sous-orbitaires et buccaux inférieurs.

La branche cervico-faciale beaucoup plus grêle que la précédente, se dirige presque verticalement vers l'angle de la mâchoire. Elle chemine dans l'épaisseur de la parotide, mais n'est séparée de la superficie que par quelques globules glandulaires. Au niveau de la partie moyenne de la branche montante, cette branche reçoit des anastomoses venues du plexus cervical superficiel. Au-dessous de l'an-

gle de la mâchoire, elle se divise en trois groupes de rameaux: buccaux inférieurs, mentonniers et cervicaux.

Entre les filets buccaux supérieurs et les filets buccaux inférieurs, il existe un espace où les filets moteurs du facial font absolument défaut.

D'après Friteau, cet espace serait limité de la façon suivante: en haut, par une ligne joignant l'insertion du lobule de l'oreille au quart externe de la lèvre supérieure; en bas, par une ligne unissant le quart inférieur du bord postérieur de la mâchoire au quart externe de la lèvre supérieure; en arrière, par le bord postérieur de la mâchoire.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

En présence de connexions aussi intimes entre le facial ou ses branches et la parotide, il semble que la paralysie totale ou partielle doit être la règle dans les tumeurs de cette glande. Et, pourtant, ce qui frappe dans la lecture du mémoire d'A. Bérard, qui relate cinquante et une observations, c'est sa rareté; symptôme trop important pour être passé sous silence, il n'est signalé que deux fois.

Rodriguez, dans sa thèse, sur le sarcome, insiste sur son caractère exceptionnel; une fois sur vingt-deux cas de sarcome fuso-cellulaire; deux fois sur cinq cas de sarcome mélanique. Mochaux, enfin, dans son étude sur le carcinome, la rencontre plus fréquemment: deux fois sur trois dans le squirrhe; trois fois sur seize dans l'encéphaloïde.

Cette intégrité fréquente de la physiologie du facial tient d'abord à la situation anatomique de ce dernier par rapport aux lobules glandulaires, ensuite à la bénignité de la plupart des tumeurs de la parotide. Nous savons que le nerf chemine dans la glande, isolé par une nappe celluleuse plus ou moins épaisse, très lâchement uni aux lobules.

Dès lors, les tumeurs qui resteront encapsulées, gardant leur caractère de bénignité, exposeront le nerf à un simple refoulement ou déviation. Mais rien n'est plus souple que la peau de la face ou de la région latérale du cou, et il faut

dra que la tumeur atteigne un volume considérable pour provoquer de la compression. Même dans ce cas, le développement se fait le plus souvent vers le bas, et la fonction du facial reste respectée.

Il en est tout autrement lorsque les lobules néoplasiques franchissant la capsule, prennent le caractère de malignité. Alors le tissu cellulaire est infiltré; les filets nerveux sont englobés dans la masse, la paralysie apparaît. Mais le névrilème résiste longtemps à l'infiltration et la paralysie est le plus souvent assez tardive, nettement plus ancienne que la transformation maligne de la tumeur.

Il en résulte que la paralysie faciale s'observe presque uniquement dans les tumeurs malignes de la parotide. Elle est plus fréquente dans le carcinome que dans le sarcome. Apparaissant dans une tumeur mixte, elle doit faire penser à l'évolution maligne.

Dans des cas tout à fait exceptionnels, la tumeur reste bénigne histologiquement. Picquet en publie une observation intéressante, il s'agit d'une tumeur mixte, du volume d'une noisette, située sur le trajet du facial (obs. IV). Les dimensions de cette masse prouvent que la paralysie faciale n'est pas fonction du volume de la tumeur. Notre observation personnelle est une deuxième preuve apportée à ce fait. Bien plus importantes sont la situation topographique et la nature histologique.

Un squirrhe, un carcinome développé sous le lobule de l'oreille, au pôle supérieur de la glande entraîneront une paralysie faciale, tandis qu'une tumeur mixte, voire même maligne, volumineuse comme une tête fœtale (Chalier) évoluera sans trouble. Une observation récente, prise dans le service de M. le professeur Tédénat, vient corroborer ce dernier fait (obs. III).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le nerf facial, à l'examen de la plupart des pièces, n'est pas seulement dévié et refoulé. La tumeur l'englobe, le comprime, l'étrangle et l'infiltré. Les connexions sont telles que la dissection en est impossible; sa recherche même reste parfois négative.

Tantôt c'est une seule des branches de bifurcation qui est prise dans la masse (cas de Duplay); tantôt le nerf longe d'abord le néoplasme, adhère ensuite à sa face profonde, le pénètre enfin avant sa bifurcation (cas de Mac Clellan); tantôt le nerf pénètre directement dans la masse s'y creusant comme un tunnel (cas de Picquet).

Il est rare d'observer une simple compression sans dégénérescence. Roux, dans son observation, explique bien la paralysie par la compression directe du tronc de la septième paire: la glande est grosse et dure; et le nerf d'après lui résiste, pendant longtemps à la dégénérescence cancéreuse. Mais l'autopsie ne signale pas d'examen du nerf et l'opinion de l'auteur ne reçoit aucune confirmation anatomopathologique.

Le plus souvent, la néoplasie s'est propagée au nerf. Les filets sont infiltrés, dégénérés (obs. V), renflés parfois par de petites nodosités blanc-jaunâtres (obs. XIII). Rapide-

ment, ils sont confondus dans la masse glandulaire. Microscopiquement, on voit les fibres nerveuses dégénérées, dissociées par les cellules cancéreuses avec le caractère spécial de la tumeur, tantôt cellules sarcomateuses, tantôt épithélioma pavimenteux ou cylindrique.

ETUDE CLINIQUE

La paralysie faciale consécutive aux tumeurs de la parotide, réalise le type de la paralysie périphérique, type funiculaire.

La face est déformée par la tumeur qui, plus ou moins volumineuse, tiraille la peau, dévie les traits, donne un aspect à la fois disgracieux et asymétrique. La lésion du nerf facial aggrave ces troubles. La septième paire innerve tous les muscles de la mimique, à l'exception des muscles intra-orbitaires. Le malade se présente alors avec un masque caractéristique, aussi bien au repos que dans les mouvements du visage, le côté sain a conservé sa tonicité et sa motilité; le côté malade est affaissé, lisse, ayant perdu les plis du visage, déterminés à l'état normal par la contraction tonique des muscles du visage. La commissure labiale est abaissée du côté malade, la joue paraît plus pleine, l'œil est largement ouvert, la paupière inférieure est en ectropion, la queue du sourcil est abaissée, les plis frontaux sont effacés. A chaque expiration, la joue, flasque, est soulevée par l'air expiré, le malade « fume la pipe »; la mastication est gênée, car les aliments viennent se loger dans le sillon gingivo-labial et la parole est troublée par la gêne apportée à l'émission des lettres labiales. Tout mouvement expressif du côté paralysé est impossible: haine, joie, tristesse.

Les mouvements réflexes sont aussi supprimés. Le malade ne peut clore les paupières, ce symptôme (lagophthalmie) existe même pendant le sommeil. Les larmes ne sont plus dirigées vers les points lacrymaux; l'épiphora est presque constant. L'œil est parfois atteint de conjonctivite allant jusqu'à des ulcérations cornéennes.

Telle est la paralysie faciale funiculaire. Elle se distingue de la paralysie par compression dans le rocher par l'absence des symptômes dus à l'altération des branches intra-pétreuses; pas d'hyperacousie douloureuse, pas de déviation de la luette, ni de la langue.

Cette hémiplégie faciale totale est la règle. Parfois cependant c'est une seule branche qui est lésée, la cervico-faciale par exemple (obs. XII et XV).

Le début d'apparition est essentiellement variable avec la nature de la tumeur. Dans le *squirrhe* il est très précoce, Michaux le signale dans l'observation VI comme ayant précédé la perception, par le malade, de la tumeur; ce n'est que onze mois après, que le patient s'aperçut de la présence de petites boules adhérentes à la peau, situées dans la région antéro-latérale du cou; en même temps au-dessous de l'oreille se trouvait une induration ligneuse avec dépression profonde.

Dans l'observation V, la paralysie coïncide avec la découverte d'une petite induration, du volume d'un haricot, en arrière de l'articulation temporo-maxillaire. Elle est tout d'abord légère. En six mois, elle se généralise et devient totale.

Dans le carcinome, on observe la paralysie un peu moins précocement: au bout de cinq mois dans l'observation VII, de quatre mois dans l'observation II (due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat), de deux mois dans l'obser-

vation X. De même dans le sarcome: trois mois et demi dans l'observation XII.

Dans les tumeurs mixtes, avant leur transformation maligne, la paralysie, très rare, s'installe très lentement et tardivement. Après huit ans (obs. XII), quatorze ans (obs. XV), vingt-deux ans (obs. I), l'évolution prend une allure grave, le développement est plus rapide, au myxo-fibrome s'ajoute du sarcome, la paralysie apparaît alors ajoutant en quelque sorte un élément nouveau au caractère malin de la tumeur.

Dans tous ces cas, l'hémiplégie faciale évolue assez rapidement. La parésie fait bientôt place à la paralysie complète. En laissant évoluer le mal, la localisation a une branche s'étend à l'autre, la paralysie partielle devient totale.

Celle-ci est définitive susceptible d'amélioration par une intervention, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

En terminant cette étude clinique, nous voulons insister sur la valeur pronostique de cette complication. En sa présence quel que soit le volume de la tumeur, quelle que soit son ancienneté de développement, le clinicien doit penser à une évolution maligne et poser sans tarder les indications de l'intervention.

TRAITEMENT

La paralysie faciale est un symptôme, un accident. La tumeur parotidienne est la maladie. Enlever la tumeur d'abord si c'est possible ; traiter ensuite la paralysie : telle doit être la ligne de conduite du chirurgien. La chirurgie de la parotide est très délicate, semée de difficultés et d'ennuis en raison de la ligature de nombreux pédicules vasculaires et de la section fatale de nerfs.

La paralysie faciale, lorsqu'elle n'existe pas antérieurement, reste parmi les complications post-opératoires, une de celles que le chirurgien constate le plus souvent. Duval a décrit une technique qui permet de respecter la branche temporo-faciale.

L'opération est difficile, longue, délicate. Ici ce n'est pas le cas, la nature a devancé le sacrifice nécessaire au cours de l'intervention. L'opérateur n'aura pas l'ennui d'avoir causé cette infirmité, et il puisera au contraire en elle une indication de plus en faveur de l'extirpation. Prévoyant le caractère malin de la tumeur, il ne se contentera pas de l'enlever, si elle n'occupe qu'une partie de la glande. Il fera l'excision totale de la parotide de façon à dépasser largement le mal. Il recherchera les propagations lymphatiques classiques dans l'épithéliome. Parfois, l'extension sera telle que les ganglions sous-maxillaires, ceux de la chaîne

carotidienne, les ganglions sus-claviculaires, ceux enfin plus profonds de l'espace maxillo-pharyngien seront atteints, vouloir dépasser le mal, serait une tâche téméraire sinon impossible. Il faudra alors renoncer à toute action chirurgicale et avoir recours à la thérapeutique abstentionniste du cancer (radium, rayons X). C'est probablement en face de ces cas développés au point d'avoir franchi les barrières aponévrotiques et lymphatiques, que Michaux conclut à l'abstention chirurgicale. « Enlever partiellement une tumeur squirrheuse, d'après Boyer, c'est ajouter sans nulle utilité une opération douloureuse à une maladie très grave, c'est accélérer les progrès du mal et en augmenter l'intensité ».

Richet dit aussi : « Tant qu'on n'aura pas indiqué d'une manière positive les signes qui, pendant la vie, prouvent que la maladie n'a pas envoyé de prolongements profonds, dans le doute, il vaut mieux s'abstenir ; l'extirpation de la parotide atteinte en totalité de dégénérescence cancéreuse est une opération généralement impraticable ».

Tillaux estime l'opération inutile lorsqu'elle est incomplète, à peu près fatalement mortelle lorsqu'elle est totale. Il est d'avis de ne la point tenter « car une chose plus mauvaise encore que de laisser mourir son malade, c'est de le tuer ».

Trélat enfin considère que « l'extirpation de la parotide est une opération forcément incomplète, dans le cas de cancer avéré ; elle est redoutable, dangereuse pendant son exécution, dangereuse encore après ; la règle doit être l'abstention chirurgicale ».

Ce qui constitue, évidemment, un des plus grands dangers de l'opération, c'est la nécessité d'enlever le prolongement pharyngien de la parotide qui existe presque constamment (Tillaux). Ce prolongement en contact à l'état

normal avec les gros vaisseaux et les nerfs de l'espace maxillo-pharyngien, y adhère si intimement à l'état pathologique, qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de les ménager.

Cependant nombreux sont les malades qui sollicitent l'intervention. Les douleurs sont parfois intolérables; le mal poursuit sa marche inexorable; les journées sont un supplice de plus en plus pénible; l'opération laisse au patient un espoir de guérison ou de soulagement.

De leur côté, les chirurgiens se sont efforcés d'améliorer les méthodes, de se familiariser davantage avec cette région essentiellement vascularisée, d'accorder à leur malades la seule chance de salut.

Indépendamment des extirpations relatives par A. Béraud, extirpation d'autant plus grave que cette époque ne disposait ni d'antisepsie, ni de moyens hémostatiques simples, nous remarquons l'effort fait par Thiriar qui, en 1888, publie deux extirpations totales de la parotide pour squirrhe et sarcome mélanique. Pour cet auteur, le fameux prolongement pharyngien n'existe pas toujours; il manque même assez souvent; ensuite avec un peu de soin, de prudence et de patience, il n'est pas impossible de l'enlever, tout en respectant le paquet vasculo-nerveux.

C'est à J.-L. Faure que l'on doit la technique d'extirpation totale de la glande (1895). Il en limite l'indication « aux tumeurs de petit volume, à celles qui sont encore, au moment où on les observe, incluses dans l'intérieur de la glande, et qui ne paraissent pas avoir dépassé les parois fibreuses de la loge parotidienne. Alors, dit-il, on n'a pas le choix entre les opérations il n'y en a qu'une; l'extirpation totale de la parotide. Ou il faut l'enlever toute entière, ou il ne faut se mêler de rien. Mais il ne faut pas se faire d'illusion, il est impossible d'enlever la glande sans enlever

les organes qui la traversent et font pour ainsi dire corps avec elle ».

Voici en résumé sa méthode :

PREMIER TEMPS. — *Voie d'accès. Incision en T.* — 1° une verticale prétragienne, étendue de deux doigts au-dessus du zygoma à trois doigts au-dessous de l'angle de la mâchoirs, jusque sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien ;

2° Une horizontale sous-zygomatique, à un doigt au-dessous du zygoma, prolongée jusqu'au bord antérieur du masséter.

Dissection des lambeaux.

Puis l'extirpation va se faire de bas en haut :

1° Parce que pédicules faciles à saisir et zones décollables étendues ;

2° Parce que ligature précoce du pédicule carotidien ; d'où suppression de toute hémorragie par ses branches, dans la suite de l'opération.

DEUXIÈME TEMPS. — *Dissection de la partie antéro-inférieure.* — Section du pédicule antérieur. Décollement de la zone massétéline et d'une partie de la rétro-maxillaire.

Dissection de la zone sous-maxillaire ; ligature de la jugulaire externe et de la veine faciale postérieure s'il y a lieu.

Dissection de la zone adhérente sterno-mastoïdienne, en emportant gaine et bord antérieur du muscle, jusqu'à la pointe de la mastoïde.

Décollement de la face profonde et section du pédicule carotidien entre deux ligatures.

Relever la glande jusqu'à la pointe de la styloïde.

TROISIÈME TEMPS. — *Dissection de la partie supérieure.* — Ligature des pédicules extra-condylien, temporal.

Libération de la zone articulaire.

Résection du bord postérieur de la mâchoire, sur un centimètre de largeur, évitable par la luxation de la mâchoire en avant.

Ligature du pédicule sous-condylien.

Décollement du prolongement pharyngien (s'il existe).

QUATRIÈME TEMPS. — *Dissection de la partie postérieure.*

— De la pointe de la mastoïde au cartilage du conduit (zone adhérente).

Section du pédicule stylo-mastoïdien.

La tumeur parotidienne est enlevée, la maladie est traitée. Reste le symptôme: la paralysie faciale. Au cours de l'intervention, il ne peut être question de tenter la conservation du nerf. Nœgelé prétend bien que la dissection en est possible: ayant eu l'occasion de disséquer deux tumeurs squirrheuses de la parotide sur le cadavre, il a pu en faire l'ablation sans intéresser le facial; il ajoute qu'ayant plus tard opéré un malade affecté de squirrhe de la parotide, il a pu également respecter le nerf. Mais Bérard, reproduisant cette observation, découvre plusieurs circonstances invraisemblables et laisse en doute les affirmations de l'auteur.

D'ailleurs, l'anatomie pathologique nous a prouvé que, le plus souvent, nerf et tumeur forment un tout inextricable, solidaire l'un de l'autre. L'extirpation de la glande comporte donc le sacrifice d'une grande portion du facial. Ici la thérapeutique rationnelle des paralysies par la suture nerveuse devient matériellement impossible.

C'est tout à fait exceptionnellement, comme dans le cas particulier de Picquet, que cette suture est possible.

Les résultats sont tardifs, au minimum dix-huit mois à deux ans.

Lorsque la résection nerveuse porte sur plusieurs centimètres, le chirurgien se préoccupe peu de l'infirmité causée par l'hémiplégie faciale. Il estime cette complication, d'autant plus négligeable que les correctifs opératoires n'ont donné jusqu'ici que des résultats purement esthétiques.

Cette abstention est du moins la règle en France. Cependant, à l'étranger, et tout particulièrement en Roumanie, en Russie, en Allemagne, la chirurgie de l'esthétique a fait des efforts encourageants. Pour corriger la paralysie faciale, par exemple, on a abandonné les procédés d'anastomoses nerveuses spino-faciale, hypo-glosso-faciale, pour ne recourir qu'à la méthode myoplastique. C'est Gomoïu qui a imaginé cette méthode, en 1908. Il est parvenu à rétablir la symétrie de la face au repos, tout particulièrement dans le domaine du facial inférieur.

L'opération consiste essentiellement dans la transplantation, sur la commissure paralysée, d'un lambeau emprunté à un muscle voisin.

Dans le procédé primitif de Gomoïu, le lambeau est prélevé sur le sterno-cléido-mastoïdien. Par une incision dissimulée dans le sillon rétro-maxillaire, on découvre le bord antérieur de ce muscle; on isole et on détache en bas le chef sterno-mastoïdien, en ménageant soigneusement son innervation; puis on décolle la lèvre antérieure de l'incision et on tunnellise la joue jusque vers la commissure; le lambeau musculaire est introduit dans ce tunnel et fixé de la manière suivante: on traverse son extrémité libre par une anse de fil dont chaque chef est terminé par une aiguille; puis, avec ces aiguilles, on traverse les téguments de la joue, de la profondeur vers la surface, près de la commissure; en ti-

rant et en nouant les chefs du fil on assure la mise en place et la fixation du lambeau myoplastique.

Les points ne doivent pas perforer la muqueuse. C'est ce procédé que Ion Jianu a employé avec succès, dans un cas de paralysie faciale consécutive à l'ablation d'une tumeur de la parotide.

Dans un second cas, il emprunta le lambeau au digastrique, mais le résultat fut moins bon. Jonnesco prélève un lambeau sur le masséter. L'opération est plus facile; la cicatrice est plus visible.

Lexer a décrit un procédé qui s'applique aux cas de paralysie totale. En même temps qu'il corrige la déviation de la bouche par la transplantation d'un lambeau massétérin, sur la commissure, il corrige la lagophtalmie en fixant sur la commissure palpébrale un faisceau musculaire pris sur le bord antérieur du temporal.

A l'occasion des blessures de guerre, Leriche a eu l'idée de traiter la lagophtalmie par la section du sympathique. On sait que la section de celui-ci est suivie d'une rétraction du globe de l'œil et d'un rétrécissement de la fente palpébrale. Pratiquant la sympathicotomie au-dessous du ganglion cervical supérieur, comme le faisait Jaboulay chez les basedowiens, Leriche a obtenu, chez un hémiplégique facial des résultats satisfaisants: l'œil qui restait toujours grand ouvert, même dans les efforts d'occlusion les plus marqués, aussitôt l'opération terminée, ne présentait plus qu'une étroite fente palpébrale pendant l'occlusion et, dès le soir, dans les efforts énergiques, la fermeture des paupières était complète. « Deux mois après l'état s'est amélioré et le malade est enchanté. Chose singulière, quand on étudie la fermeture de l'œil, on a l'impression d'une occlusion active: simple apparence... ».

En plus, la sympathicotomie a eu un effet heureux sur le larmolement intense dont le blessé était fort incommodé.

Cette intervention pourrait être utile dans les cas qui nous intéressent.

D'une façon générale, après l'ablation d'une tumeur de la parotide, on ne s'occupera de traiter la paralysie faciale que si l'on prévoit une longue survie. La méthode myoplastique sera préférée aux anastomoses nerveuses, parce que beaucoup plus facile, moins dangereuse et plus satisfaisante.

CONCLUSIONS

I. Le nerf facial pénètre dans la parotide au niveau de l'angle supérieur de la loge parotidienne. Devant la jugulaire externe, il se bifurque en ses deux branches : cervico-faciale et temporo-faciale. Il est engainé par une couche mince de tissu cellulaire qui l'unit lâchement aux éléments glandulaires.

II. La paralysie s'observe surtout dans les tumeurs malignes de la glande ; plus fréquemment, dans le carcinome que dans le sarcome. Rare dans les tumeurs mixtes elle apparaît quand celles-ci subissent la transformation maligne.

III. Le nerf se perd dans les éléments néoplasiques. Il est infiltré, dégénéré. La dissection est impossible.

IV. La paralysie s'installe progressivement ; n'intéresse parfois qu'une des branches de bifurcation. Son apparition est très précoce dans le squirrhe, assez précoce dans l'épithélioma et le sarcome, très tardive dans les tumeurs mixtes. Sa présence doit toujours faire craindre une tumeur maligne. Sa valeur pronostique est assez grande.

V. L'intervention s'impose de ce fait, pourvu toutefois que la masse n'ait pas franchi les barrières aponévrotiques de la loge parotidienne. L'extirpation totale de la glande est la seule opération utile.

Contre la paralysie elle-même on peut, si l'on espère une guérison durable de l'affection parotidienne, faire des corrections myoplastiques.

La lagophthalmie est heureusement atténuée par la section du sympathique cervical.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

Service du Professeur Tédénat

Epithéliome de la Parotide avec paralysie faciale

P. L..., 34 ans, cultivateur. Entré à l'hôpital, le 20 mai 1919, pour tumeur de la région parotidienne droite avec paralysie faciale.

Début. — Il y a vingt-deux ans, le malade a remarqué une petite masse, comme un pois, au devant du lobule de l'oreille, très bien tolérée, sans douleur ni gêne fonctionnelle. Le développement de la tumeur s'est fait insidieusement et très lentement. Depuis trois mois seulement, l'augmentation de volume est plus rapide, avec quelques douleurs lancinantes, irradiées vers la commissure labiale. Enfin, depuis un mois est apparue une paralysie faciale, installée progressivement et en un mois environ. Actuellement, on constate une tuméfaction de la région parotidienne, étendue depuis un travers de doigt au-dessus de l'angle de la mâchoire jusqu'au zygoma, soulevant à peine le lobule de

l'oreille, ayant les dimensions d'une petite noix. Sa surface est légèrement bosselée; sa consistance est uniformément dure, solide. La peau est normale, mobile sur la masse. Dans la profondeur, cette masse couvre en largeur la branche montante du maxillaire, s'étend en arrière de la mâchoire, se perd vers l'espace maxillo-pharyngien.

Les mouvements sur ce plan profond sont très limités. La pression détermine une douleur vers le zygoma.

L'angle de la mâchoire est libre. Dans la région sous-maxillaire, on sent un empâtement ganglionnaire. Certains ganglions ont le volume d'une noisette.

La chaîne du sterno-mastoïdien est prise, elle aussi. Les ganglions s'étendent jusqu'à la région sus-claviculaire.

De plus, on note une paralysie faciale totale du type périphérique: les plis frontaux sont effacés; lagophtalmie, épiphora; joue flasque; commissure labiale abaissée; bouche oblique ovalaire; impossibilité de siffler. Pas de déviation de la langue, ni de la luvette; pas d'hyperaconsie douloureuse. Cette paralysie est bien en rapport avec la tumeur qui englobe le nerf facial.

Rien du côté des divers appareils. Léger amaigrissement récent.

Aucune maladie antérieure.

Antécédents vénériens. — Une blennorrhagie à 20 ans. Pas de spécificité. Réaction de Wassermann négative. Ethylisme assez marqué, diminué du fait de la guerre.

Diagnostic. — Tumeur maligne de la parotide. Cette tumeur n'est pas très volumineuse; mais elle semble pousser un prolongement vers l'espace maxillo-pharyngien. L'adénopathie est très étendue. Il ne paraît pas possible d'enlever tout le mal.

Sur les instances du malade, M. Tédénat décide de faire l'extirpation.

Anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Incision verticale prétragienne sur le centre de la tumeur.
Libération de la peau.

Dissection de la masse aux ciseaux. Extirpation; quelques ligatures. La portion de glande saine est laissée en place.

Suites opératoires très simples. La paralysie faciale reste stationnaire. On conseille au malade de faire de la radiothérapie.

Examen de la pièce. — A la coupe, tumeur blanc-jaunâtre, dure, présentant, par place, des foyers jaunes ramollis.

Histologiquement, on voit des cellules cylindriques, alvéolaires, disséminées, ayant rompu toute barrière glandulaire. Par endroit, cellules dégénérées. En somme: épithélioma glandulaire.

OBSERVATION II

Service de M. le Professeur Tédénat

Cancer de la parotide droite. — Paralysie du nerf facial. — Excision totale de la tumeur. — Récidive 15 mois après l'opération

Madame L. D..., 48 ans, est adressée à M. le professeur Tédénat, par le docteur Lapeyre (de Lodève), le 9 mai 1886.

Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires et personnels. Réglée à 14 ans. Accouchements normaux à 24 et 27 ans. Ménopause à 45 ans. Bonne santé habituelle.

Il y a cinq mois, Madame D... commença à éprouver quelques douleurs pendant les repas dans la région parotidienne droite, avec tuméfaction très nette qui disparaissait, le repas terminé. Une tumeur dure, profonde, au-dessous

dé l'oreille a été constatée par le docteur Lapeyre, il y a trois mois, s'accompagnant de douleurs irradiées à la tempe. Il y a un mois : paralysie complète du facial.

Le 9 mai, M. Tédénat note les faits suivants : paralysie complète du facial droit. Tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, noduleuse, occupant la région parotidienne, fixée profondément, non adhérente aux téguments. Un ganglion dur plaqué contre l'angle du maxillaire inférieur. Pas de saillie dans le pharynx. Douleurs irradiées à la joue et surtout à la région temporale. Le diagnostic s'impose : cancer squirrheux de la parotide, avec paralysie du nerf facial.

L'état général est bon, malgré un peu de gêne de la mastication.

Opération le 12 mai 1886 : anesthésie au mélange A. C. E. Incision verticale sur le milieu de la tumeur, avec deux incisions perpendiculaires l'une au ras du tragus, l'autre à 2 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Dissection des deux lambeaux antérieur et postérieur.

Ligature de la carotide externe à 2 centimètres avant sa pénétration dans la tumeur. La moitié postérieure du masséter est excisée. L'aponévrose du sterno-cléido-mastoïdien est excisée avec quelques fibres musculaires, la tumeur est décollée avec le plan cellulaire qui continue profondément sur les muscles styliens la place aponévrotique. En haut, les ciseaux coupent au ras de l'articulation. Six ligatures d'artérioles ; l'hémorragie est minime grâce à la ligature préalable de la carotide externe. Ablation du ganglion.

Suture des lambeaux cutanés. Petit drain au bas de l'incision.

La malade quitte le service quinze jours plus tard après réunion immédiate. Santé générale bonne pendant quatorze mois ; alors surviennent des difficultés de la déglutition,

dues à une tumeur dans la région amygdalienne. Mort trois mois plus tard par cachexie et ulcérations avec petites hémorragies répétées au niveau de la tumeur dans la région amygdalienne (d'après les renseignements donnés à M. Tédénat par le docteur Lapeyre).

La tumeur parotidienne présentait à la coupe des tractus fibreux durs avec des points hémorragiques disséminés.

Examen microscopique : épithélioma tubulé.

OBSERVATION III

(Inédite)

Service de M. le Professeur Tédénat

J. C..., 20 ans, cuisinier à Vals-les-Bains. Entré le 8 juin 1919.

Rien comme antécédents. A déjà été hospitalisé dans le service, le 7 octobre 1917, pour une tumeur de la parotide gauche qui avait commencé à naître en mai 1916, sans que le malade en souffre. Quand il commence à sentir une petite tuméfaction dans cette région ; il l'attribue à un coup de coude assez violent pour le renverser à terre.

On n'y prend pas garde et, peu à peu, la tumeur grossit sans qu'aucune gêne ou douleur en résultent. Il reste ainsi jusqu'à octobre 1917 époque à laquelle il a vu un médecin qui lui a conseillé une intervention chirurgicale.

Le malade est alors venu dans le service de M. Tédénat. A ce moment, l'état général n'était nullement altéré. Il présentait, dans la région de la parotide gauche, une tumeur très dure, du volume d'un œuf, soulevant l'oreille

Il a été opéré le 26 octobre 1917. On a enlevé le plus possible de la tumeur.

Cicatrisation parfaite, le malade est parti un mois après.

Revenu chez lui, le malade reprend son travail et se porte fort bien.

En septembre 1918, sans aucune douleur, sauf quelques petites démangeaisons, il se produit sur la cicatrice une nouvelle induration à 2 centimètres au-dessous du lobule de l'oreille.

Le malade s'en préoccupait beaucoup, mais n'a pas vu de médecin.

D'ailleurs, l'état général était alors encore très bon.

Pendant l'hiver, la tumeur croît régulièrement. Le malade continuait son travail.

Depuis *trois mois*, le développement est arrêté, le malade trouve même que cela a un peu diminué.

A vu un médecin en mai 1919 et celui-ci lui a conseillé de revenir voir M. Tédénat.

Le malade revient donc dans le service, non amaigri, mais pâli ; il présente une grosse induration qui s'étend en avant, à deux travers de doigt de l'oreille, à quatre travers de doigt au-dessous, vers l'angle du maxillaire.

Derrière le pavillon, au niveau de la première intervention, est une induration rouge, tendue, au milieu de laquelle passe la cicatrice.

La tumeur fait saillie du côté du conduit auditif externe qu'elle bouche, et même à l'intérieur de la bouche (prolongement pharyngien).

Pas de paralysie faciale.

OBSERVATION IV

P. Picquet (de Sens) Société anatomique de Paris 1911

Tumeur mixte de la parotide compliquée de paralysie faciale. — Extirpation de la tumeur. — Suture du nerf

Le malade, un homme de 50 ans, vint me trouver, en février dernier, pour une paralysie faciale droite. Cette paralysie avait débuté neuf mois auparavant; elle s'était installée lentement et progressivement et elle était complète depuis six mois. Je découvris immédiatement au-dessus du lobule de l'oreille, derrière la branche montante du maxillaire, une tumeur de la grosseur d'une noisette, d'une dureté osseuse, immobile, indolente. Peau normale.

Opération le 15 juin 1911. Incision de 6 à 7 centimètres, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, depuis la face externe de l'apophyse mastoïde, jusqu'au dessous de l'angle de la mâchoire. La tumeur apparaît comme un noyau dans la glande. Sa capsule adhère très lâchement au tissu glandulaire. Découverte du facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Dissection jusu'à la tumeur dans laquelle il semble disparaître. Découverte assez facile d'une branche terminale, la temporo-faciale, qui paraît sortir de la tumeur. La branche cervico-faciale, beaucoup plus petite, côtoie la face inférieure de la tumeur et lui adhère fortement sans y pénétrer. Décollement de la tumeur. Section de la branche temporo-faciale à 2 ou 3 millimètres de sa sortie; section du facial au ras de sa pénétration.

Après évidemment de la loge parotidienne on distingue nettement le facial incomplètement sectionné, se continuant par son bord inférieur avec la branche cervico-faciale; la

branche temporo-faciale est séparée du tronc par un intervalle de un centimètre. Suture au fil de lin très fin.

Suites opératoires simples. L'opération est trop récente pour savoir si le nerf se régénérera.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur formée surtout de tissu fibreux extrêmement dense, avec par places, de petits îlots très peu nombreux d'éléments cellulaires et de parties calcifiées. La disposition rappelle celle des tumeurs mixtes de la parotide.

OBSERVATION V

P. Michaux, Thèse de Paris (1883-1884)

Squirrhe atrophique de la parotide et paralysie faciale

Homme de 76 ans. Induration très marquée de la région parotidienne gauche, avec paralysie faciale des plus accentuées.

Début il y a quatre ou cinq ans : renversement de la paupière inférieure gauche avec un très léger degré de déviation faciale. Vers la même époque, petite induration du volume d'un haricot, en arrière de l'articulation temporo-maxillaire, au niveau de la région parotidienne. Six mois après, paralysie de la paupière ; la déviation faciale n'est pas beaucoup plus marquée ; l'induration parotidienne avait manifestement augmenté de volume.

Depuis cette époque, tous ces troubles augmentent lentement et graduellement, pour arriver, surtout depuis six mois, au degré où on les observe actuellement. Dans les deux dernières années, douleurs lancinantes et intermittentes. Etat général assez bon.

Etat actuel. — Hémiplegie faciale complète, du type périphérique.

La région parotidienne présente une dépression légèrement excoriée au-dessous du col de la mâchoire, en avant du lobule de l'oreille. Induration squirrheuse avec consistance ligneuse uniforme.

Cavité buccale saine.

Ganglions petits, très durs, squirrheux devant le sternomastoïdien et dans le creux sus-claviculaire.

Diagnostic. — Squirrhe atrophique type de la parotide.

Six mois après, la lésion a fait des progrès considérables; elle a envahi la peau, empêche l'écartement des dents.

Localement, toute la peau est prise jusqu'aux sillons palpébro-génien et naso-génien. Le lobule de l'oreille est recroquevillé. La région mastoïdienne est le siège d'un œdème dur et rouge qui descend vers le cou.

La paralysie faciale est toujours complète. Cachexie progressive. Mort au bout de dix mois.

Autopsie. — Constatation macroscopique et microscopique de la nature squirrheuse de la tumeur, avec infiltration des tissus voisins. Le nerf facial, très dur, ne peut être suivi par la dissection dans la tumeur au-delà de 1 à 2 centimètres; il doit être absolument confondu et dégénéré dans la masse néoplasique glandulaire.

OBSERVATION VI

Michaux, Thèse Paris (83-84)

Squirrhe en plaque ou diffus de la région parotidienne avec paralysie faciale

Homme de 52 ans. Début insidieux, par installation progressive d'une paralysie faciale gauche. Onze mois après, le malade s'est aperçu de la présence de petites boules pa-

raissant situées dans la peau de la région antéro-latérale gauche du cou et formant une sorte de chaîne partant de la région parotidienne, traversant le sterno-mastoïdien, et se perdant sous la clavicule à la partie supérieure du thorax.

Au-dessus de l'oreille, dépression profonde qui part un peu en arrière du lobule et qui vient, traversant la partie supérieure du cartilage thyroïde. Induration ligneuse des régions avoisinantes. Peau épaissie, rappelant l'aspect dit « peau d'orange ». Devant le tragus et immédiatement en arrière du pavillon, deux petites saillies dures du volume d'une noisette.

Diagnostic. — Squirrhe en plaques de la région parotidienne.

OBSERVATION VII

Michaux, Thèse de Paris (83-84)

Tumeur encéphaloïde de la parotide avec paralysie faciale

Homme de 48 ans. Tumeur parotidienne gauche qui a débuté il y a cinq mois.

Accroissement progressif et lent. Depuis cinq semaines, douleurs locales spontanées.

La bouche est déviée; impossible de siffler, de fermer complètement l'œil.

Depuis quinze jours, augmentation rapide. La tumeur a 6 centimètres environ de diamètre. La peau adhère par plaques. Immobilité profonde totale, fixité, pénétration profonde, creux parotidien comblé.

Diagnostic. — Carcinome de la parotide. Abstention opératoire.

Cachexie progressive. Mort au bout de quatre mois avec métastases dans le foie, le poumon, le mésentère.

Diagnostic confirmé par l'examen histologique.

OBSERVATION VIII

Thèse A. Bérard obs. XXXVII

Extirpation de la parotide (carcinome) par Roux

Au mois de juin est entrée E. C..., âgée de 30 ans, couturière, constitution lymphatique. Elle est mariée depuis onze ans, six enfants, quatre nourris par elle; la santé a beaucoup souffert de toutes ses couches; elle n'a jamais été bien portante depuis.

Il y a deux ans que sans cause appréciable, la glande parotide droite a commencé à se gonfler. Le gonflement est allé peu à peu en augmentant, sans causer de douleurs, jusqu'à la fin de la première année.

Au bout de ce temps, des douleurs ayant le caractère de celles accompagnant les engorgements squirrheux et cancéreux, se sont manifestées. La malade les compare à de violentes piqûres d'épingles. Au commencement de la deuxième année, la paralysie du nerf facial a eu lieu, par suite du gonflement et de la dureté de la glande, qui exerce une compression directe sur le tronc de la septième paire de nerfs.

Il est probable que ce nerf ne participe pas à l'état squirrheux de la glande, car on sait très bien que les nerfs résistent pendant longtemps à la dégénérescence cancéreuse. La maladie a marché avec lenteur puisque la tumeur n'a pas plus de deux fois et demie le volume de la glande normale. Du reste, elle est presque complètement immobile.

Extirpation. — Mort au vingtième jour, de péritonite.

L'autopsie mentionne que le travail de cicatrisation de la plaie était arrêté. Une très petite portion de la parotide avait échappé à l'opérateur.

OBSERVATION IX

Thèse A. Bérard, obs. XLII

Extirpation de la parotide (carcinome) par Mac-Clellan — 1826.

Le docteur Graham vient demander conseil à Mac-Clellan pour une immense tumeur de la parotide gauche avec paralysie faciale.

Extirpation. — Deux incisions semi-lunaires, dont les extrémités se joignent, en haut au-dessus de l'arcade dentaire, en bas, à deux pouces et demi au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Dissection des téguments à la surface de la tumeur. Division du digastrique. La tumeur est dégagée avec les doigts et soulevée au-dessus de la mâchoire, après section du stylo-hyoïdien. Le facial, très hypertrophié sort au-dessous de l'apophyse mastoïde passe derrière le bord postérieur de la tumeur et pénètre près de la surface antérieure dans la masse morbide. Section du nerf. La tumeur est ensuite extirpée.

Cicatrisation lente. Le visage est moins difforme qu'avant l'opération. La paralysie et la déviation de l'œil sont moindres et le malade peut remuer, beaucoup mieux qu'auparavant, la mâchoire et la tête.

OBSERVATION X

Duplay. Progrès médical 1877

Epithélioma de la parotide avec hémiplégie faciale partielle

Tumeur de la région parotidienne droite. Début, il y a cinq à six mois. Développement rapide. Grosse masse qui comble toute la loge non adhérente à la peau qui est normale, très peu mobile sur les plans profonds. Surface bosselée; consistance dure par places, fibreuse et cartilagineuse; indolore à la pression; douloureuse spontanément et par intermittences. Depuis deux mois et demi, hémiplégie faciale qui ne porte que sur les muscles innervés par la branche cervico-faciale, et se traduit par la paralysie de l'orbiculaire des lèvres et celle du buccinateur. Le malade ne peut siffler et dès qu'il essaie de rire sa commissure labiale droite est attirée du côté gauche.

La branche temporo-faciale est respectée.

Cette paralysie précoce, avec tumeur peu volumineuse, fait penser que le nerf est non seulement comprimé, mais envahi par la production morbide. Etat général parfait.

Diagnostic. — Epithélioma de la région parotidienne.

Intervention. — La tumeur adhère aux os et aux muscles. Dissection de la loge parotidienne; ablation de deux ganglions dont l'un est situé au-dedans de l'angle de la mâchoire et appliqué contre le ptérygoïdien interne; et l'autre placé sous la face interne du sterno-mastoïdien, à sa partie supérieure. Le nerf facial ne peut être conservé. Trois ligatures.

Suites opératoires simples.

OBSERVATION XI

Royo J. Chirurgie 1914-15

Carcinome de la parotide avec paralysie faciale

Homme 62 ans. Tumeur de la région parotidienne gauche, douloureuse et fixe; existence de paralysie faciale. Extirpation totale après ligature préalable de la carotide externe. Guérison.

Examen de la tumeur. — Cancer encéphaloïde.

OBSERVATION XII

Th. Rodriguez, Paris 89-90 — obs. XV

Sarcome de la parotide avec paralysie faciale

Homme de 24 ans. Tumeur de la parotide gauche dont le début remonte à quatre mois. A ce moment là, douleurs dans la région parotidienne. Puis, tuméfaction comme une noix qui prit rapidement une dimension considérable. Il y a un mois, la tumeur s'est ouverte spontanément. Douleurs très pénibles. Depuis deux semaines, la bouche est déviée et il impossible de fermer complètement l'œil. Toute la parotide est tuméfiée et recouverte d'une ulcération superficielle.

Le traitement à l'iodure de potassium et l'emplâtre mercuriel font disparaître presque complètement la tumeur.

On pouvait croire qu'il s'agissait d'une inflammation chronique. Néanmoins, la paralysie faciale ne disparut pas; il y eut une surdité de l'oreille gauche; et, au bout de trois

mois, récidive de la tumeur sur place. Le traitement avec l'iodure et le mercure resta sans effet et la tumeur se développa sous l'oreille externe.

Deux mois plus tard, douleurs atroces, dans l'hémiface gauche; puis déviation de la langue à gauche, diplopie, amaigrissement.

Au dixième mois de la maladie: mort.

Autopsie. — Sur la face interne de la dure-mère, correspondant à presque toute la surface du rocher, se trouve une tumeur qui suit le nerf facial dans le conduit auditif externe où sa largeur égale celle du nerf; de l'autre côté, la tumeur se montre sous forme de bosselures occupant le bord externe de l'hémisphère cérébral gauche. Cette partie est dure et sèche; les autres parties sont, au contraire, molles et d'une couleur gris rougeâtre.

Le cas est important au point de vue du diagnostic. C'est seulement par l'observation clinique prolongée et par le résultat de l'autopsie qu'on a pu s'assurer qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse à structure lobulée.

OBSERVATION XIII

Th. Rodriguez, Paris 89-90 — obs XXIV

Sarcome mélanique de la parotide et paralysie faciale

Homme de 44 ans. Tumeur parotidienne qui a débuté il y a huit à neuf ans, par un petit bouton persistant derrière l'oreille droite.

Extension très lente vers la parotide.

Actuellement, la parotide est envahie entièrement; tumeur du volume d'un œuf de poule avec plusieurs prolongements multilobés sur la branche montante du maxillaire

inférieur, vers le cou et vers la mastoïde. En arrière du conduit auditif externe, on remarque un petit bouton d'aspect noirâtre qui fait songer au cancer mélanique. En octobre 1875 survint une complication qui détermina le malade à entrer à l'hôpital; il se produisit une paralysie complète du facial qui traversait la tumeur.

Surdité complète. Amaigrissement assez prononcé. Traitement par la pommade à l'iodure de plomb et des injections de la solution de perchlorure de fer mélangée à un égal poids d'eau.

Deux mois plus tard, la tumeur a doublé de volume. Rapidement cachexie, foie gros avec teinte ictérique légère. Troubles respiratoires progressifs qui entraînent la mort par asphyxie.

Autopsie. — La tumeur occupe toute la loge parotidienne. Très adhérente au rocher qu'elle réduit à une mince coque osseuse, elle remplit la cavité d'un tissu dégénéré. La dégénérescence a suivi le facial, s'est étendue jusqu'à ses filets. Ce nerf se trouve placé au fond d'une gouttière profonde qui contourne la tumeur d'avant en arrière. Sa branche supérieure est dégénérée, remplie par des petites nodosités blanc-jaunâtres. Les ganglions voisins sont indemnes.

Le poumon et les plèvres sont le siège de métastases néoplasiques; de même le foie.

Microscopiquement: sarcome fasciculé à cellules fusiformes.

Les cellules qui correspondent aux points mélaniques sont remplies de granulations noires.

OBSERVATION XIV

Thiriar. — La Presse médicale. Novembre 40^e année

Sarcome mélanique de la parotide avec paralysie faciale

Homme de 60 ans. Tumeur à développement rapide, envahissant toute la loge, irrégulière, bosselée, mollassse. La peau est en voie d'altération, amincie, rouge bleuâtre, adhérente. L'oreille est soulevée. On sent quelques ganglions précarotidiens. Il existe un certain degré d'hémiplégie faciale : la paralysie est cependant légère, peu accusée et l'œil se ferme bien.

Intervention le 21 juin 1888. — Dissection de la tumeur en commençant par la partie antéro-inférieure ; ligature de la faciale et de la carotide externe ; masséter, digastrique, sterno-mastoïdien et ptérygoïdien externe adhérents doivent être enlevés en partie.

Enucléation complète de la parotide altérée.

Extirpation des ganglions carotidiens.

Suites opératoires simples ; mais paralysie faciale complète.

Examen microscopique de la tumeur. — Sarcome fusocellulaire, avec nombreuses glandes, cellules arrondies ou polygonales à noyau volumineux et à granulations abondantes mélaniques.

OBSERVATION XV

De Fourmestraux — Bull. Soc. Chir. Paris 1910

Myxo-sarcome de la parotide avec paralysie faciale. — Ablation. — Ligature des carotides externes et internes ; absence de troubles cérébraux. — Guérison.

Femme 63 ans. Enorme tumeur parotidienne du volume d'une tête fœtale. Début quinze ans auparavant.

Adhérences profondes ; prolongement pharyngien manifeste qui provoque de la gêne et de la douleur de la déglutition.

Paralysie faciale complète, périphérique, qui date de six mois, avec perte complète de l'excitabilité faradique.

On conclut à une tumeur mixte de la parotide.

Intervention. — Le pôle supérieur de la tumeur est facilement basculé. Difficultés dans la profondeur. La carotide interne, déchirée, est ligaturée. Le pôle inférieur n'est pas adhérent. La loge parotidienne semble bien évidée. Ce qui reste de la glande est plaqué en avant et en bas sur le bord postérieur de la branche montante du maxillaire et saigne abondamment ; il est impossible d'en faire l'hémostase autrement qu'en y laissant une pince à demeure sans remords, sur le sort du facial qui avait été sectionné au cours du large délabrement, mais plus inquiets sur le sort de la carotide externe qu'on aurait voulu épargner puisque la carotide interne avait été atteinte. La ligature est pourtant décidée pour mettre fin à une intervention déjà longue.

Suites opératoires simples.

Examen de la tumeur du volume des deux poings, masse myxomateuse, pas de cartilages, nombreux îlots de sarcome fuso-cellulaire typique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBE. — Sarcome de la parotide traité par le radium. Soc. chir., New-York, 1911.
- BÉRARD (A.). — Tumeurs de la parotide. Thèse de concours, Paris, 1841.
- et MOUTET. — Néoplasme parotidien inopérable traité par le radium. Soc. chir. de Lyon, 1914.
- BUSCH. — Traitement esthétique de la paralysie faciale. Extrait dans le Journal de chirurgie, 1910.
- Amélioration au point de vue esthétique des déformations causées par la paralysie faciale. Société d'otologie de Berlin, 1913.
- CHALIER. — Tumeur maligne de la parotide très volumineuse sans paralysie faciale. Extirpation large. Soc. nat. de médecine de Lyon, 1911.
- et BÉRARD. — Cancer parotidien. Evidement complet de la loge parotidienne après ligature préalable de la carotide externe.
- DUPLAY. — Progrès médical, Paris, 1877.
- DUPONT. — Tumeurs de la parotide. Soc. méd. et chir. de Bordeaux, 1910.
- DUVAL. — Conservation de la branche temporo-faciale dans l'extirpation de la parotide. Revue de chir., 1914.

- EDEN. — Traitement chirurgical des paralysies faciales périphériques. Beitrage zur Klinischen Chirurgie, 1911.
- FOURMESTRAUX (De). — Tumeur de la parotide; ablation; ligature des deux carotides; absence de troubles cérébraux. Soc. chir., Paris, 1910.
- GILIS. — La région parotidienne, 1905.
- GIRARD. — Paralysie faciale consécutive à une parotidite suppurée. Soc. médicale de Genève, 1912.
- GOMOIU. — Méthode myoplastique dans le traitement des paralysies faciales. Lyon chirurg., 1913.
- GOTTSTEIN. — Trois cas d'anastomoses hypo-glosso-faciales. Soc. chir., Breslau, 1912.
- HILDEBRAND. — Traitement de la paralysie faciale par la méthode myoplastique, 1913.
- JIANU. — Trait. chirurgical de la paralysie faciale. Extrait d. le Journal de chirurgie, 1910.
- KRAUSE. — Plastique musculaire dans un cas de paralysie faciale complète, 1913.
- LERICHE. — Trait. de la lagophtalmie permanente dans la paralysie faciale. Presse médicale, 1918.
- MICHAUX. — Cancer parotidien. Th. Paris, 1884-85.
- MORESTIN. — Cancer parotidien; extirpation totale de la glande et de son conduit excréteur. Soc. de chirurgie, Paris, 1909.
- PICQUET. — Tumeur de la parotide compliquée de paralysie faciale; extirpation; suture du nerf. Soc. anat., Paris, 1911.
- POIRIER. — Traité d'anatomie.
- RADZIESKY. — Deux cas d'extirpation totale de la parotide. Roussky Wratch., 1912.
- RODRIGUEZ. — Sarcome parotidien. Thèse Paris, 1889-90.

- ROUX DE BRIGNOLES et BERTRAND. — Tumeur maligne de la parotide. Marseille médical, 1^{er} mars 1910.
- ROYS. — Quelques observations de tumeurs de la parotide. J. chirurgie, 1914-15.
- SERAFINI. — Anastomose totale spino-faciale dans la paralysie traumatique du facial. Policlinico, 1913.
- STEIN. — Correction opératoire de la paralysie faciale. Congrès chir. allemand, 1913.
- THIRIAR. — Tumeur mélanique de la parotide. La Presse médicale belge, 1888.
- VANACH. — Trait. opératoire de la paralysie faciale. Ext. d. J. chir., 1912.
- WIATT et ZIMMERMANN. — Ablation de la parotide pour tumeurs mixtes. Ext. d. Journal chir., 1912.
-

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 15 juillet 1919.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 15 juillet 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
